
Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190479300

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

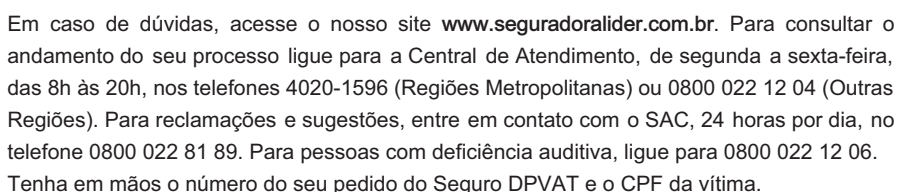
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190479300

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190479300

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **LEIDIANE FERREIRA DO CARMO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001296**

Conta: **0000015808-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Especifique o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - (C) do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
09892687485 LIDIANE FENNELA DO CARMO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: LIDIANE FENNELA DO CARMO 6 - CPF: 09892687485
7 - Profissão: REWBO 8 - Endereço: Rua MAJ. CLAUDIO LOPES ALVES 9 - Número: 259 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BREJINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: 30TACIUDPUNT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (33) 35831-7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENVIADO A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.503,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.003,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (se não for para os bancos abaixo, assinar em branco)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0296 CONTA: 15808 4
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou inabilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima tinha companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos (filhos de filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada
35 - Nome legal da quem assina a requisição
36 - CPF legal da quem assina a requisição
37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição
38 - 1º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BREJINHO - PE, 02/08/2019.

Lidiane Fennela do Carmo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190479300
Nome do(a) Examinado(a): Leidiane Ferreira do Carmo
Endereço do(a) Examinado(a): R Major Claudio Leite Andrade, 259
Centro Brejinho PE CEP: 56740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8550159
Data local do acidente: [20/04/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 20/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAME DE TOMOGRAFIA ONDE EVIDENCIOU HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIÃO FRONTAL, PERMANECU POR 5 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR, POIS, A MESMA APRESENTAVA CONFUSÃO MENTAL E ALTERAÇÕES LEVES DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALEM DE AFIRMAR DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES

Data da Alta: 25/04/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME NEUROLÓGICO: NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES

AO EXAME DA COLUNA LOMBAR: FAZ USO DE COLETE PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ **Sim** ☐ **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ **Sim** ☐ **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA COLUNA LOMBAR.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

% do dano: ☐ 10% residual ☒ **25% leve**
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Thiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

8077 110448356

Série A
1ª Parte

Unidade Operacional	23ª BPM	Documentos	20ª DESEC	Data de Registro	20/04/19	Hora de Registro	23:00	Folha/Total de Folhas	03/04
Descrição da Ocorrência	ACIDENTE COM VITIMA FATAL								Assunto de ocorrência de BIODS
Data (dia/mês/ano)	20/04/19	Hora (horas)	23:00	☒ Atividade Característica	Natureza da Ocorrência	☐ Constatado	☐ Constatado	☐ Flagrante	☐ Não Flagrante
Chamado de Fato	174	Local Principal da Ocorrência	PE 295, KM 8						
Legislação (Lei, Decreto, Portaria)	ROBÓVIA PE 275								CEP
Complemento (Apto, Sala, Andar)	Bairro								
Nome(s)	BREGINHO								UF
Endereço (Rua, Avenida, Rodovia)	PE POUCO ANTES DO MOTEL DIVISA								UF
☒ VITIMA	☐ IMPUTADO	☐ SUSPEITO	☐ TESTEMUNHA	☐ OUTROS	TURISTA				☐ SPM
Nome (Nome Sobrio)	EDILSON FERREIRA DA SILVA								
Nome	DAMIÃO CHAGAS MACHADO								
Nome	MARILENE FERREIRA DA SILVA								
Assessor (Nome Sobrio)	Socio								Estado Civil
Assessor (Nome Sobrio)	1. Solteiro(a)								2. Casado(a)
Assessor (Nome Sobrio)	3. Viúvo(a)								4. Divorciado(a)
Assessor (Nome Sobrio)	5. Separado(a)								6. Outros
Assessor (Nome Sobrio)	7. Não Informado								
Assessor (Nome Sobrio)	8. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	9. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	10. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	11. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	12. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	13. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	14. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	15. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	16. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	17. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	18. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	19. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	20. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	21. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	22. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	23. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	24. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	25. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	26. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	27. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	28. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	29. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	30. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	31. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	32. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	33. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	34. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	35. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	36. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	37. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	38. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	39. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	40. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	41. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	42. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	43. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	44. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	45. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	46. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	47. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	48. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	49. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	50. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	51. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	52. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	53. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	54. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	55. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	56. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	57. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	58. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	59. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	60. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	61. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	62. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	63. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	64. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	65. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	66. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	67. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	68. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	69. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	70. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	71. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	72. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	73. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	74. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	75. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	76. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	77. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	78. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	79. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	80. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	81. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	82. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	83. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	84. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	85. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	86. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	87. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	88. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	89. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	90. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	91. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	92. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	93. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	94. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	95. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	96. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	97. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	98. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	99. Outros								
Assessor (Nome Sobrio)	100. Outros								

Assinatura do responsável pela ocorrência

14.000.2019

Impressão no Formato Padrão da PMP/PE



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOM 40448856

Série-A
1ª Parte

Unidade Operacional 23ª BPM	Circunscrição 20ª DESEC	Data da Ocorrência 30/04/19	Hora da Ocorrência 23:00	1ª da Folha Total de Folhas 02/104
Descrição da Ocorrência				
Distrito (do crime/assalto)	Hora (distrito)	☐ Acidente Comum ☐ Acidente Desconhecido	☐ Concomitante ☐ Testado	☐ Cópia ☐ Delator
Circunscrição da Fala				
Local Físico da Ocorrência				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)				Número
Complemento (Apto, Edif, Andar)		Bairro		CEP
Município		UF	País de Residência	
☒ VITIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SEM TIPO				
Nome / Razo Social LEYDIANE FERREIRA				
Pat				
RM				
Aparente / Nome Real				
Sexo ☐ M ☐ F Estado Civil 1. Solteiro(a) 2. Viúvo(a) 3. Casado(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Desconhecido(a)				
Data de Nascimento 1. 01-01-1900 2. 01-01-1901 3. 01-01-1902 4. 01-01-1903 5. 01-01-1904 6. 01-01-1905 7. 01-01-1906 8. 01-01-1907 9. 01-01-1908 10. 01-01-1909 11. 01-01-1910 12. 01-01-1911 13. 01-01-1912 14. 01-01-1913 15. 01-01-1914 16. 01-01-1915 17. 01-01-1916 18. 01-01-1917 19. 01-01-1918 20. 01-01-1919 21. 01-01-1920 22. 01-01-1921 23. 01-01-1922 24. 01-01-1923 25. 01-01-1924 26. 01-01-1925 27. 01-01-1926 28. 01-01-1927 29. 01-01-1928 30. 01-01-1929 31. 01-01-1930 32. 01-01-1931 33. 01-01-1932 34. 01-01-1933 35. 01-01-1934 36. 01-01-1935 37. 01-01-1936 38. 01-01-1937 39. 01-01-1938 40. 01-01-1939 41. 01-01-1940 42. 01-01-1941 43. 01-01-1942 44. 01-01-1943 45. 01-01-1944 46. 01-01-1945 47. 01-01-1946 48. 01-01-1947 49. 01-01-1948 50. 01-01-1949 51. 01-01-1950 52. 01-01-1951 53. 01-01-1952 54. 01-01-1953 55. 01-01-1954 56. 01-01-1955 57. 01-01-1956 58. 01-01-1957 59. 01-01-1958 60. 01-01-1959 61. 01-01-1960 62. 01-01-1961 63. 01-01-1962 64. 01-01-1963 65. 01-01-1964 66. 01-01-1965 67. 01-01-1966 68. 01-01-1967 69. 01-01-1968 70. 01-01-1969 71. 01-01-1970 72. 01-01-1971 73. 01-01-1972 74. 01-01-1973 75. 01-01-1974 76. 01-01-1975 77. 01-01-1976 78. 01-01-1977 79. 01-01-1978 80. 01-01-1979 81. 01-01-1980 82. 01-01-1981 83. 01-01-1982 84. 01-01-1983 85. 01-01-1984 86. 01-01-1985 87. 01-01-1986 88. 01-01-1987 89. 01-01-1988 90. 01-01-1989 91. 01-01-1990 92. 01-01-1991 93. 01-01-1992 94. 01-01-1993 95. 01-01-1994 96. 01-01-1995 97. 01-01-1996 98. 01-01-1997 99. 01-01-1998 100. 01-01-1999 101. 01-01-2000 102. 01-01-2001 103. 01-01-2002 104. 01-01-2003 105. 01-01-2004 106. 01-01-2005 107. 01-01-2006 108. 01-01-2007 109. 01-01-2008 110. 01-01-2009 111. 01-01-2010 112. 01-01-2011 113. 01-01-2012 114. 01-01-2013 115. 01-01-2014 116. 01-01-2015 117. 01-01-2016 118. 01-01-2017 119. 01-01-2018 120. 01-01-2019 121. 01-01-2020 122. 01-01-2021 123. 01-01-2022 124. 01-01-2023 125. 01-01-2024 126. 01-01-2025 127. 01-01-2026 128. 01-01-2027 129. 01-01-2028 130. 01-01-2029 131. 01-01-2030 132. 01-01-2031 133. 01-01-2032 134. 01-01-2033 135. 01-01-2034 136. 01-01-2035 137. 01-01-2036 138. 01-01-2037 139. 01-01-2038 140. 01-01-2039 141. 01-01-2040 142. 01-01-2041 143. 01-01-2042 144. 01-01-2043 145. 01-01-2044 146. 01-01-2045 147. 01-01-2046 148. 01-01-2047 149. 01-01-2048 150. 01-01-2049 151. 01-01-2050 152. 01-01-2051 153. 01-01-2052 154. 01-01-2053 155. 01-01-2054 156. 01-01-2055 157. 01-01-2056 158. 01-01-2057 159. 01-01-2058 160. 01-01-2059 161. 01-01-2060 162. 01-01-2061 163. 01-01-2062 164. 01-01-2063 165. 01-01-2064 166. 01-01-2065 167. 01-01-2066 168. 01-01-2067 169. 01-01-2068 170. 01-01-2069 171. 01-01-2070 172. 01-01-2071 173. 01-01-2072 174. 01-01-2073 175. 01-01-2074 176. 01-01-2075 177. 01-01-2076 178. 01-01-2077 179. 01-01-2078 180. 01-01-2079 181. 01-01-2080 182. 01-01-2081 183. 01-01-2082 184. 01-01-2083 185. 01-01-2084 186. 01-01-2085 187. 01-01-2086 188. 01-01-2087 189. 01-01-2088 190. 01-01-2089 191. 01-01-2090 192. 01-01-2091 193. 01-01-2092 194. 01-01-2093 195. 01-01-2094 196. 01-01-2095 197. 01-01-2096 198. 01-01-2097 199. 01-01-2098 200. 01-01-2099 201. 01-01-2100 202. 01-01-2101 203. 01-01-2102 204. 01-01-2103 205. 01-01-2104 206. 01-01-2105 207. 01-01-2106 208. 01-01-2107 209. 01-01-2108 210. 01-01-2109 211. 01-01-2110 212. 01-01-2111 213. 01-01-2112 214. 01-01-2113 215. 01-01-2114 216. 01-01-2115 217. 01-01-2116 218. 01-01-2117 219. 01-01-2118 220. 01-01-2119 221. 01-01-2120 222. 01-01-2121 223. 01-01-2122 224. 01-01-2123 225. 01-01-2124 226. 01-01-2125 227. 01-01-2126 228. 01-01-2127 229. 01-01-2128 230. 01-01-2129 231. 01-01-2130 232. 01-01-2131 233. 01-01-2132 234. 01-01-2133 235. 01-01-2134 236. 01-01-2135 237. 01-01-2136 238. 01-01-2137 239. 01-01-2138 240. 01-01-2139 241. 01-01-2140 242. 01-01-2141 243. 01-01-2142 244. 01-01-2143 245. 01-01-2144 246. 01-01-2145 247. 01-01-2146 248. 01-01-2147 249. 01-01-2148 250. 01-01-2149 251. 01-01-2150 252. 01-01-2151 253. 01-01-2152 254. 01-01-2153 255. 01-01-2154 256. 01-01-2155 257. 01-01-2156 258. 01-01-2157 259. 01-01-2158 260. 01-01-2159 261. 01-01-2160 262. 01-01-2161 263. 01-01-2162 264. 01-01-2163 265. 01-01-2164 266. 01-01-2165 267. 01-01-2166 268. 01-01-2167 269. 01-01-2168 270. 01-01-2169 271. 01-01-2170 272. 01-01-2171 273. 01-01-2172 274. 01-01-2173 275. 01-01-2174 276. 01-01-2175 277. 01-01-2176 278. 01-01-2177 279. 01-01-2178 280. 01-01-2179 281. 01-01-2180 282. 01-01-2181 283. 01-01-2182 284. 01-01-2183 285. 01-01-2184 286. 01-01-2185 287. 01-01-2186 288. 01-01-2187 289. 01-01-2188 290. 01-01-2189 291. 01-01-2190 292. 01-01-2191 293. 01-01-2192 294. 01-01-2193 295. 01-01-2194 296. 01-01-2195 297. 01-01-2196 298. 01-01-2197 299. 01-01-2198 300. 01-01-2199 301. 01-01-2200 302. 01-01-2201 303. 01-01-2202 304. 01-01-2203 305. 01-01-2204 306. 01-01-2205 307. 01-01-2206 308. 01-01-2207 309. 01-01-2208 310. 01-01-2209 311. 01-01-2210 312. 01-01-2211 313. 01-01-2212 314. 01-01-2213 315. 01-01-2214 316. 01-01-2215 317. 01-01-2216 318. 01-01-2217 319. 01-01-2218 320. 01-01-2219 321. 01-01-2220 322. 01-01-2221 323. 01-01-2222 324. 01-01-2223 325. 01-01-2224 326. 01-01-2225 327. 01-01-2226 328. 01-01-2227 329. 01-01-2228 330. 01-01-2229 331. 01-01-2230 332. 01-01-2231 333. 01-01-2232 334. 01-01-2233 335. 01-01-2234 336. 01-01-2235 337. 01-01-2236 338. 01-01-2237 339. 01-01-2238 340. 01-01-2239 341. 01-01-2240 342. 01-01-2241 343. 01-01-2242 344. 01-01-2243 345. 01-01-2244 346. 01-01-2245 347. 01-01-2246 348. 01-01-2247 349. 01-01-2248 350. 01-01-2249 351. 01-01-2250 352. 01-01-2251 353. 01-01-2252 354. 01-01-2253 355. 01-01-2254 356. 01-01-2255 357. 01-01-2256 358. 01-01-2257 359. 01-01-2258 360. 01-01-2259 361. 01-01-2260 362. 01-01-2261 363. 01-01-2262 364. 01-01-2263 365. 01-01-2264 366. 01-01-2265 367. 01-01-2266 368. 01-01-2267 369. 01-01-2268 370. 01-01-2269 371. 01-01-2270 372. 01-01-2271 373. 01-01-2272 374. 01-01-2273 375. 01-01-2274 376. 01-01-2275 377. 01-01-2276 378. 01-01-2277 379. 01-01-2278 380. 01-01-2279 381. 01-01-2280 382. 01-01-2281 383. 01-01-2282 384. 01-01-2283 385. 01-01-2284 386. 01-01-2285 387. 01-01-2286 388. 01-01-2287 389. 01-01-2288 390. 01-01-2289 391. 01-01-2290 392. 01-01-2291 393. 01-01-2292 394. 01-01-2293 395. 01-01-2294 396. 01-01-2295 397. 01-01-2296 398. 01-01-2297 399. 01-01-2298 400. 01-01-2299 401. 01-01-2300 402. 01-01-2301 403. 01-01-2302 404. 01-01-2303 405. 01-01-2304 406. 01-01-2305 407. 01-01-2306 408. 01-01-2307 409. 01-01-2308 410. 01-01-2309 411. 01-01-2310 412. 01-01-2311 413. 01-01-2312 414. 01-01-2313 415. 01-01-2314 416. 01-01-2315 417. 01-01-2316 418. 01-01-2317 419. 01-01-2318 420. 01-01-2319 421. 01-01-2320 422. 01-01-2321 423. 01-01-2322 424. 01-01-2323 425. 01-01-2324 426. 01-01-2325 427. 01-01-2326 428. 01-01-2327 429. 01-01-2328 430. 01-01-2329 431. 01-01-2330 432. 01-01-2331 433. 01-01-2332 434. 01-01-2333 435. 01-01-2334 436. 01-01-2335 437. 01-01-2336 438. 01-01-2337 439. 01-01-2338 440. 01-01-2339 441. 01-01-2340 442. 01-01-2341 443. 01-01-2342 444. 01-01-2343 445. 01-01-2344 446. 01-01-2345 447. 01-01-2346 448. 01-01-2347 449. 01-01-2348 450. 01-01-2349 451. 01-01-2350 452. 01-01-2351 453. 01-01-2352 454. 01-01-2353 455. 01-01-2354 456. 01-01-2355 457. 01-01-2356 458. 01-01-2357 459. 01-01-2358 460. 01-01-2359 461. 01-01-2360 462. 01-01-2361 463. 01-01-2362 464. 01-01-2363 465. 01-01-2364 466. 01-01-2365 467. 01-01-2366 468. 01-01-2367 469. 01-01-2368 470. 01-01-2369 471. 01-01-2370 472. 01-01-2371 473. 01-01-2372 474. 01-01-2373 475. 01-01-2374 476. 01-01-2375 477. 01-01-2376 478. 01-01-2377 479. 01-01-2378 480. 01-01-2379 481. 01-01-2380 482. 01-01-2381 483. 01-01-2382 484. 01-01-2383 485. 01-01-2384 486. 01-01-2385 487. 01-01-2386 488. 01-01-2387 489. 01-01-2388 490. 01-01-2389 491. 01-01-2390 492. 01-01-2391 493. 01-01-2392 494. 01-01-2393 495. 01-01-2394 496. 01-01-2395 497. 01-01-2396 498. 01-01-2397 499. 01-01-2398 500. 01-01-2399 501. 01-01-2400 502. 01-01-2401 503. 01-01-2402 504. 01-01-2403 505. 01-01-2404 506. 01-01-2405 507. 01-01-2406 508. 01-01-2407 509. 01-01-2408 510. 01-01-2409 511. 01-01-2410 512. 01-01-2411 513. 01-01-2412 514. 01-01-2413 515. 01-01-2414 516. 01-01-2415 517. 01-01-2416 518. 01-01-2417 519. 01-01-2418 520. 01-01-2419 521. 01-01-2420 522. 01-01-2421 523. 01-01-2422 524. 01-01-2423 525. 01-01-2424 526. 01-01-2425 527. 01-01-2426 528. 01-01-2427 529. 01-01-2428 530. 01-01-2429 531. 01-01-2430 532. 01-01-2431 533. 01-01-2432 534. 01-01-2433 535. 01-01-2434 536. 01-01-2435 537. 01-01-2436 538. 01-01-2437 539. 01-01-2438 540. 01-01-2439 541. 01-01-2440 542. 01-01-2441 543. 01-01-2442 544. 01-01-2443 545. 01-01-2444 546. 01-01-2445 547. 01-01-2446 548. 01-01-2447 549. 01-01-2448 550. 01-01-2449 551. 01-01-2450 552. 01-01-2451 553. 01-01-2452 554. 01-01-2453 555. 01-01-2454 556. 01-01-2455 557. 01-01-2456 558. 01-01-2457 559. 01-01-2458 560. 01-01-2459 561. 01-01-2460 562. 01-01-2461 563. 01-01-2462 564. 01-01-2463 565. 01-01-2464 566. 01-01-2465 567. 01-01-2466 568. 01-01-2467 569. 01-01-2468 570. 01-01-2469 571. 01-01-2470 572. 01-01-2471 573. 01-01-2472 574. 01-01-2473 575. 01-01-2474 576. 01-01-2475 577. 01-01-2476 578. 01-01-2477 579. 01-01-2478 580. 01-01-2479 581. 01-01-2480 582. 01-01-2481 583. 01-01-2482 584. 01-01-2483 585. 01-01-2484 586. 01-01-2485 587. 01-01-2486 588. 01-01-2487 589. 01-01-2488 590. 01-01-2489 591. 01-01-2490 592. 01-01-2491 593. 01-01-2492 594. 01-01-2493 595. 01-01-2494 596. 01-01-2495 597. 01-01-2496 598. 01-01-2497 599. 01-01-2498 600. 01-01-2499 601. 01-01-2500 602. 01-01-2501 603. 01-01-2502 604. 01-01-2503 605. 01-01-2504 606. 01-01-2505 607. 01-01-2506 608. 01-01-2507 609. 01-01-2508 610. 01-01-2509 611. 01-01-2510 612. 01-01-2511 613. 01-01-2512 614. 01-01-2513 615. 01-01-2514 616. 01-01-2515 617. 01-01-2516 618. 01-01-2517 619. 01-01-2518 620. 01-01-2519 621. 01-01-2520 622. 01-01-2521 623. 01-01-2522 624. 01-01-2523 625. 01-01-2524 626. 01-01-2525 627. 01-01-2526 628. 01-01-2527 629. 01-01-2528 630. 01-01-2529 631. 01-01-2530 632. 01-01-2531 633. 01-01-2532 634. 01-01-2533 635. 01-01-2534 636. 01-01-2535 637. 01-01-2536 638. 01-01-2537 639. 01-01-2538 640. 01-01-2539 641. 01-01-2540 642. 01-01-2541				

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Especifique o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - (C) do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
09892687485 LIDIANE FENNELA DO CARMO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: LIDIANE FENNELA DO CARMO 6 - CPF: 09892687485
7 - Profissão: REWBO 8 - Endereço: Rua MAJ. CLAUDIO LOPES ALVES 9 - Número: 259 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BREJINHO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56740-000
15 - E-mail: 30TACIUDPUNT@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): (33) 35831-7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$2.000,00 ☐ R\$2.503,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.003,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (se não for para os bancos abaixo, assinalar em opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0296 CONTA: 15808 4
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou inabilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNM) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima tinha companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou parente(s) (vivo(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada
35 - Nome legal da quem assina o rogo/a pedido
36 - CPF legal da quem assina o rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido
38 - 1º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BREJINHO - PE, 02/08/2019.

Lidiane Fennela do Carmo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USA 02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 30/04/19 Ocorrência n.º: 0248 Hora: 18:20
Local de Ocorrência: Residência Fúria de Corina Idade: 39 Sexo: ☐ Masculino ☒ Fêmea
Nome: Priscila Teixeira
Apelo no Local: ☐ EPN ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ OPIRAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro
CITA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Resposta estruturada ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ FISIOLÓGICO
☐ CLÍNICO	☐ QUÍMICO / INTOXICAÇÃO
☐ DESABASTECIMENTO / TERRABAMENTO	☐ QUEDA METEÓRICA
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ FALTA	☐ OUTROS
☐ FALTA (PAU)	
☐ GENÉTIPO-DESTRUTIVO	
☐ LESÃO TÉCNICA	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAÇÕES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: EHR RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: [Assinatura]

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

pupilas anisocóricas, glasgow 12, ferimentos cortantes na face, MMSS e MMII.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mmHg ☐ <90mmHg

PA: 130 x 80 FC: 111 TEMP: — °C - GLUCEMIA: 115 mg/dL - E. Com a: — SpO2a/O2: 100 SpO2c/O2: —

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disritmia Arritmia ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Imediato ☐ Intolerância à Atividade ☐ Náusea Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SSVV / Imobilização c/ collar cervical e prancha rígida / Transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto x moto SCL, encontrada em decúbito dorsal, já sem resposta, adiantado A/P e S/L por outra equipe (Brazinho), glasgow 12, ferimentos na face, abdome rígido, corte em MMSS e MMII, em tempo, pupilas anisocóricas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ collar cervical e prancha rígida. Em A/P e S/L.

PREVISADO

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	40277	HORA	09:05	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS		
OCCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	TEOFILIX GREGORIO DE ANDRADE				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTO-CICLETA				
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE	28a 1m	GÊNERO	FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES FERREIRA DO CARMO				
FILIAÇÃO II	LUIS ALEXANDRE DO CARMO				
CIDADE	BREJINHO	PE	56740000		
ENDEREÇO	RUA JOSE BENTO 13				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	VARZEA NOVA	CELULAR	87991390379		
TELEFONE					
C.N.S.	707406016996570	IDENTIDADE	8550159		
C.P.F.	098.926.874-85	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/02/1991	COR	PARDO		
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA		
RESPONSÁVEL	MARIA ADRIANA FERREIRA	Ass. Resp./Paciente	<i>Maria Adriana Ferreira</i>		
ANAMNESE	(História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários). <i>Paciente trauma pelo salto último de colisão moto - moto com TCE no membro e fraturas dos processos transversos (L1, L2, L3 e L4). com lesão descolamento de L1, L2, L3 e L4.</i>				
EXAMES OBJETIVOS	(Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos). <i>EG REGULAR, CONSCIENTE, DESORIENTADA, EUPNEICA, COCORA, MIODRAMA, APA E RESPOSTA AO LINGUAGEM</i>				
EXAMES COMPLEMENTARES	(Raio X, laboratoriais)				
DIAGNÓSTICO	<i>TCE FRATURAS LOMBARES (COLUNA)</i>			CID	
DADOS DA SAÍDA	Data <i>25/4/19</i> Hora <i>9:30</i> H <i>3</i> Min				
MOTIVO	☐ Alta Curada ☒ Alta Melhorado ☐ Alta a Pedido ☐ Transferência ☐ Evasão ☐ Óbito				
MÉDICO/CRM	<i>Dr. Luciano Fontes Cássio</i> <i>Neurologista</i> <i>CRM 2534</i>				

Name: 4 EDZIANE FERREIRA DO CARMO

Da Clínica:

67

Enfermarla:

4 Clínica:

12/27/20

Let's

• Qual foi a consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

750 M

Data: 1/10/11

Strategic General
CRM 2563

PARECER:

22/09/13: ¹⁰
non voler. ~~Prendi~~ infuso de aceto di ortica bianca
No scemi cosce, gesso 15
1/2 lb uovo nuovo
1/2 lb uovo nuovo con fieno di grano d'orzo
e, 1/2 lb, 1/2 lb
uovo non
salato nuovo, 1/2 lb uovo e uovo
latte, 1/2 lb, 1/2 lb
di Alentejo

166. To de mica, value about 8 loads water comm.
along present route

Denilson Pereira de Alencar
Neurologia
CRM: 100.000

Data: / /

Assinatura do Médico Especialista
14 AGO, 2019

PRONT.: 22593 N° REQUIS.: 10638
PACIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

EMISSION.: 22/04/2019
SEXO: F IDADE: 28

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIRON KORDEN	VALOR DE REFERENCIA
Método:			
ERITOGRAMA			
HEMÁCIAS.....	4.010 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
milhões/mm ³		MASCULINO	4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....	11,9 g/dl	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	37,8 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
VCM.....	94,3 fL	NORMAL	90 a 100
HCM.....	29,7 PG	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	31,5 g/dL	NORMAL	31 a 35
RDW.....	13,8 %	NORMAL	11 a 13
LEUCOGRAMA			
LEUCÓCITOS.....	10.800 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	75 % 8100 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	41 % 0432 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	16 % 1728 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....	5 % 0540 /mm ³	NORMAL	2 a 8
CONTAGEM DE PLAQUETAS			
CONTAGEM DE PLAQUETAS...	345.000 mL/mm ³	NORMAL	130.000 a 450.000
OBSERVAÇÃO			
SÉRIE VERMELHA.....			
SÉRIE BRANCA.....			
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....			
OUTRAS OBSERVAÇÕES			

Martina Christiane F. B. Pereira
CRP 004.878-1
Téc. de Lab. Clínico

14 AGO. 2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000015808-4

Nr. da Autenticação 99793C4E9F2766BB

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Carpetões Zimbalis do Pantufuro
Av. João de Deus, 151, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-002
CNPJ: 06.951.602/0001-40 | E-mail: Bm_0005512-03@warcapoe.com.br

CASOS DE CLIENTE

LESLANE FERREIRA DO CARMO

FEDERAÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAJ CLAUDIO LENTE ANDRADE 256

Q22 098 920 874-85

CENTROVIRE.AN-10

BEJINHÓ FÉ

53740-000

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

08208134	ONCA	11/07/2019
11/07/2019	2018570491	453002

CONTO SPETTINATO	RENTITA
7032921412	07/2019
DATA DI VERIFICA	DATA DI VERIFICA
18/07/2019	13/08/2019
TOTALE A PAGARE	
	121,74

2. PROCEDURA DE LA NOTA MUSICAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL
Consumo Alvo (MVA)	141.000.000	0,78003085	110.000.000
Acrescimo bandeja ATAF&L			0,00
Contrib. Ium. Pública Municipal			1%, 42
Estim. ITAPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,38

TOTAL DA FATURA

121,74

BILANCIATRE IN GENERO DELLA RIVA PIU'										
INIZIO ANNO	INIZIO FUNGIZIO	INTERIORE		ESTERNA		SP. B.B. DAS.		CORRISPONTE	AUMENTO	CONSUMO (MIG)
GRANDI	CAI	4400000	21.56400	1100000	21.45000	3		1.0000		14120

[illegible]

2000年12月15日

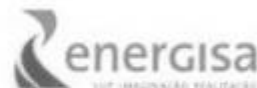
As informações aqui apresentadas são de caráter informativo e não constituem oferta de valores mobiliários. Não há garantia de que os dados aqui apresentados sejam corretos e completos. A responsabilidade pela veracidade e integridade das informações aqui apresentadas é dos emissores e não da B3. A B3 não se responsabiliza por danos de qualquer natureza decorrentes do uso das informações aqui apresentadas. A B3 não se responsabiliza por danos de qualquer natureza decorrentes do uso das informações aqui apresentadas.

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 027.243.372



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO
RUA ANTONIO BARRETO 41
PATOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/451385-9

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

28/06/2019

CONSUMO

44

VENCIMENTO

05/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,54

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/07/2019

Pagador: VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO CNPJ/CPF: 081.736.954-66

RUA ANTONIO BARRETO 41 - MONTE CASTELO - PATOS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003286585	000451385201906	05/07/2019	R\$ 36,54	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

14 AGO. 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para dependentes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouidoria: 0800-021-91-85

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/DIOLIBOTECABEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 6.132/26.

Pelo exposto, eu JOSE OTACÍLIO BATISTA DE LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083886574 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEIDIANE FERREIRA NOGUEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 098926874 / 85

do sinistro de DPVAT cobertura INVULNERA da vítima LEIDIANE FERREIRA NOGUEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 098926874 / 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 208 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ANTONIO BARRETO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>MONTESULTELO</u>	Cidade: <u>PAROÍ</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>otacilio.batista@gmail.com</u>	CEP: <u>58707-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9831-7273</u>

Local e Data: PAROÍ-PB, 02 DE AGOSTO DE 2019.

JOSE OTACÍLIO BATISTA DE LIMA
Assinatura do Declarante

14. AGO. 2019



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USA 02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 30/04/19 Ocorrência n.º: 0248 Hora: 18:20
Local de Ocorrência: Residência Fúria de Corina Rua: 29 Bairro: ...
Apelo no Local: ☐ EPN ☐ Resgate / Bateria ☐ Resgate PRF ☐ OPIRAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro
CITA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Resposta estruturada ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ FISIOLÓGICO
☐ CLÍNICO	☐ QUADRO AGUDO DE INFLAMATÓRIO
☐ DESABANDONADO / TERRAMOTO	☐ QUEDA METEOR
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ FALTA	☐ OUTROS
☐ FALTA (PAU)	
☐ GENÉTIPO-DESTRUTIVO	
☐ LESÕES TÉRNICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAÇÕES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: EHR RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: ...

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: ... RESPONSÁVEL: ... FUNÇÃO: ...

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

pupilas anisocóricas, glasgow 12, ferimentos cortantes na face, MMSS e MMII.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mmHg ☐ <90mmHg

PA: 130 x 80 FC: 78 TEMP: 36,1 °C - GLUCEMIA: 115 mg/dL - E. Com a: ... SpO2a/O2: 100 SpO2c/O2: ...

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disritmia Arritmia ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Imediato ☐ Intolerância à Atividade ☐ Náusea Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SSVV / Imobilização c/ collar cervical e prancha rígida / Transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto x moto SCL, encontrada em decúbito dorsal, já sem resposta, adiantado A/P e S/L por outra equipe (Brazinho), glasgow 12, ferimentos na face, abdome rígido, corte em MMSS e MMII, em tempo, pupilas anisocóricas, não foto-reagente. Realizada imobilização c/ collar cervical e prancha rígida. Em A/P e S/L.

PREVISADO

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	40277	HORA	09:05	PRONTUÁRIO	22593
DATA	21/04/2019	OPERADOR	TMEDEIROS		
OCCORRÊNCIA	URGENCIA				
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	VIA PUBLICA				
MÉDICO	TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE				
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTO-CICLETA				
PACIENTE	LEIDIANE FERREIRA DO CARMO	IDADE	28a 1m	GÊNERO	FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES FERREIRA DO CARMO				
FILIAÇÃO II	LUIS ALEXANDRE DO CARMO				
CIDADE	BREJINHO	PE	56740000		
ENDEREÇO	RUA JOSE BENTO 13				
BAIRRO	CENTRO				
NATURALIDADE	VARZEA NOVA	CELULAR	87991390379		
TELEFONE					
C.N.S.	707406016996570	IDENTIDADE	8550159		
C.P.F.	098.926.874-85	REG. NAC.			
NASCIMENTO	23/02/1991	COR	PARDO		
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA		
RESPONSÁVEL	MARIA ADRIANA FERREIRA	Ass. Resp./Paciente	<i>Maria Adriana Ferreira</i>		
ANAMNESE	(História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários). <i>Paciente trauma pelo salto última de colisão moto - moto com TCE no membro e fraturas dos processos transversos (L1, L2, L3 e L4). com lesão descolamento de L1, L2, L3 e L4.</i>				
EXAMES OBJETIVOS	(Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos). <i>EG REGULAR, CONSCIENTE, DESORIENTADA, EUPNEICA, COCORA, MIODRAMA, APA E RESPOSTA AO LINGUAGEM</i>				
EXAMES COMPLEMENTARES	(Raio X, laboratoriais)				
DIAGNÓSTICO	<i>TCE FRATURAS LOMBARES (COLUNA)</i>			CID	
DADOS DA SAÍDA	Data <i>25/4/19</i> Hora <i>9:30</i> H <i>3</i> Min				
MOTIVO	☐ Alta Curada ☒ Alta Melhorado ☐ Alta a Pedido ☐ Transferência ☐ Evasão ☐ Óbito				
MÉDICO/CRM	<i>Dr. Luciano Fontes Cássio</i> <i>Neurologista</i> <i>CRM 2534</i>				

Name: 4 EDZIANE FERREIRA DO CARMO

Da Clínica:

67

Enfermarla:

4 Clínica:

12/27/20

Let's

• Qual foi a consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

750 M

Data: 1/10/11

Assinatura do Médico(a) Consultante
Estruário Geral
CRM 2563

PARECER:

[illegible]

166. To de mica, under steel & lead stone comp.
cutting process to cut it

Denilson Pereira de Alencar
Neurologia
CRM-PR 5564

Date: / /

Assinatura do Médico Especialista
14 AGO, 2019

PRONT.: 22593 N° REQUIS.: 10638
PACIENTE: LEIDIANE FERREIRA DO CARMOEMISSION.: 22/04/2019
SEXO: F IDADE: 28

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:	SANGUE	NIRON KORDEN	VALOR DE REFERÊNCIA
Método:			
ERITOGRAMA			
HEMÁCIAS.....	4.010 milhões/mm ³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm ³
milhões/mm ³		MASCULINO	4,5 a 5,9
HEMOGLOBINA.....	11,9 g/dl	FEMININO	12 a 16
		MASCULINO	13,5 a 17,5
HEMATÓCRITO.....	37,8 %	FEMININO	35 a 46
		MASCULINO	41 a 53
VCM.....	94,3 fL	NORMAL	90 a 100
HCM.....	29,7 pG	NORMAL	26 a 34
CHCM.....	31,5 g/dL	NORMAL	31 a 35
RDW.....	13,8 %	NORMAL	11 a 13
LEUCOGRAMA			
LEUCÓCITOS.....	10.800 /mm ³	NORMAL	4.000 a 10.000
PROMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS.....	75 % 8100 /mm ³	NORMAL	35 a 65
EOSINÓFILOS.....	41 % 0432 /mm ³	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS.....	000 % 0000 /mm ³	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS.....	16 % 1728 /mm ³	NORMAL	25 a 45
MONÓCITOS.....	5 % 0540 /mm ³	NORMAL	2 a 8
CONTAGEM DE PLAQUETAS			
CONTAGEM DE PLAQUETAS...	345.000 mL/mm ³	NORMAL	130.000 a 450.000
OBSERVAÇÃO			
SÉRIE VERMELHA.....			
SÉRIE BRANCA.....			
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....			
OUTRAS OBSERVAÇÕES			

Marta Cristina F. B. Pereira
CRP 004.378-1
Téc. de Lab. Clínico

14 AGO. 2019

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 40277 PRONTUÁRIO 22593
DATA 21/04/2019 HORA 09:05 OPERADOR TMEDEIROS
MÉDICO TEOFILHO GREGÓRIO DE ANDRADE

PACIENTE LEIDIANE FERREIRA DO CARMO IDADE 28a 1m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

RECOMENDAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito
DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar
() Transferência para

PATOS/PB, DE DE 20

MÉDICO/CRM

14 AGO. 2019

Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME E PELVE

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste iodado, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Fígado com contorno, dimensões e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de sinais de dilatação biliar intra e extra-hepática.

Baço com tamanho e densidade normais.

Pâncreas e adrenais de aspecto anatômico.

Rins típicos, de morfologia e dimensões normais, sem sinais de dilatação pielocalicinal.

Aorta de trajeto e calibre normais.

Não há evidências de linfonodomegalias.

Alças intestinais de calibre preservado.

Bexiga repleta, de paredes finas e conteúdo homogêneo.

Ampola retal centrada.

Diminuta quantidade de líquido livre na pelve.

Fratura linear, completa e com leve desvio ósseo dos processos transversos diretos de L1, L2, L3 e L4.

Fossas isquiorretais livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(s) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:42.

14 AGO. 2019


Dr. Antônio Gabriel da Jesus Barbosa
CRM - 52905739

Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste lodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais e estruturas vertebrais posteriores com forma, alinhamento e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de protusão ou extrusões discais evidentes.

Canal vertebral com diâmetros normais.

Partes moles paravertebrais sem anormalidades evidentes.

Impressão Diagnóstica:

Tomografia computadorizada dentro da normalidade.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 11:55.



Dr. Evaldo De Sousa Nobrega

CRM 5227 - PB

16 AÇO. 2019

Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Hematoma subgaleal e aumento das partes moles na região frontal.
Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventrículos laterais contrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:50.

14 AGO. 2019


Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa
CRM - 52905739

Atendimento: 201900287965

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidelectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Ventriculos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.

Sulcos, fissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.

Quarto ventrículo anatômico.

Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.

Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:21.

14 AGO. 2019


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB

Atendimento: 201900287985

Idade: 28 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 22/04/2019

Data de Nascimento: 23/02/1991

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBOSSACRA

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste lodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais alinhados, de altura preservada.

Pedículos íntegros.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias de aspecto habitual.

Espaços discais mantidos.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Forames de conjugação livres.

Articulações sacroilíacas preservadas.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico da coluna lombossacra dentro dos padrões de normalidade nos níveis estudados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/04/2019 14:58.


Dr. Evaldo De Sousa Nobrega
CRM 5227 - PB

14 ABO. 2019

Atendimento: 201900286791

Idade: 29 anos

Paciente: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Data: 20/04/2019

Data de Nascimento: 01/01/1990

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

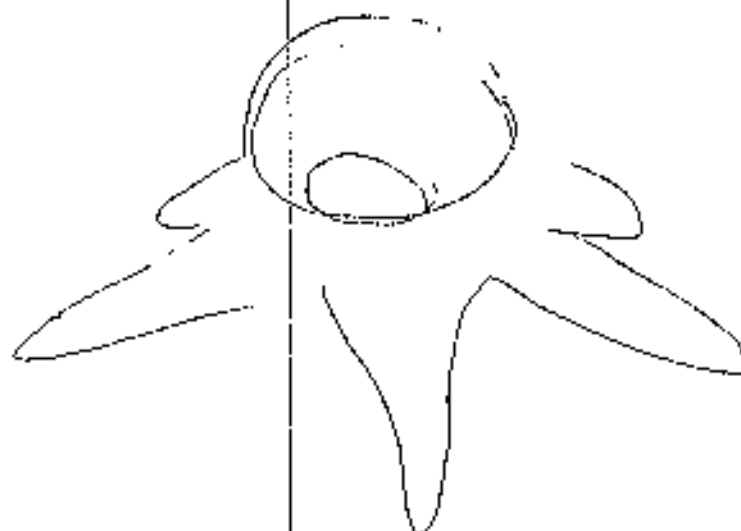
Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Retificação da curvatura fisiológica da coluna cervical.
Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações uncovertebrais e interfacetárias de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Forames de conjugação livres

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 20/04/2019 23:31.

14 AÇO. 2019

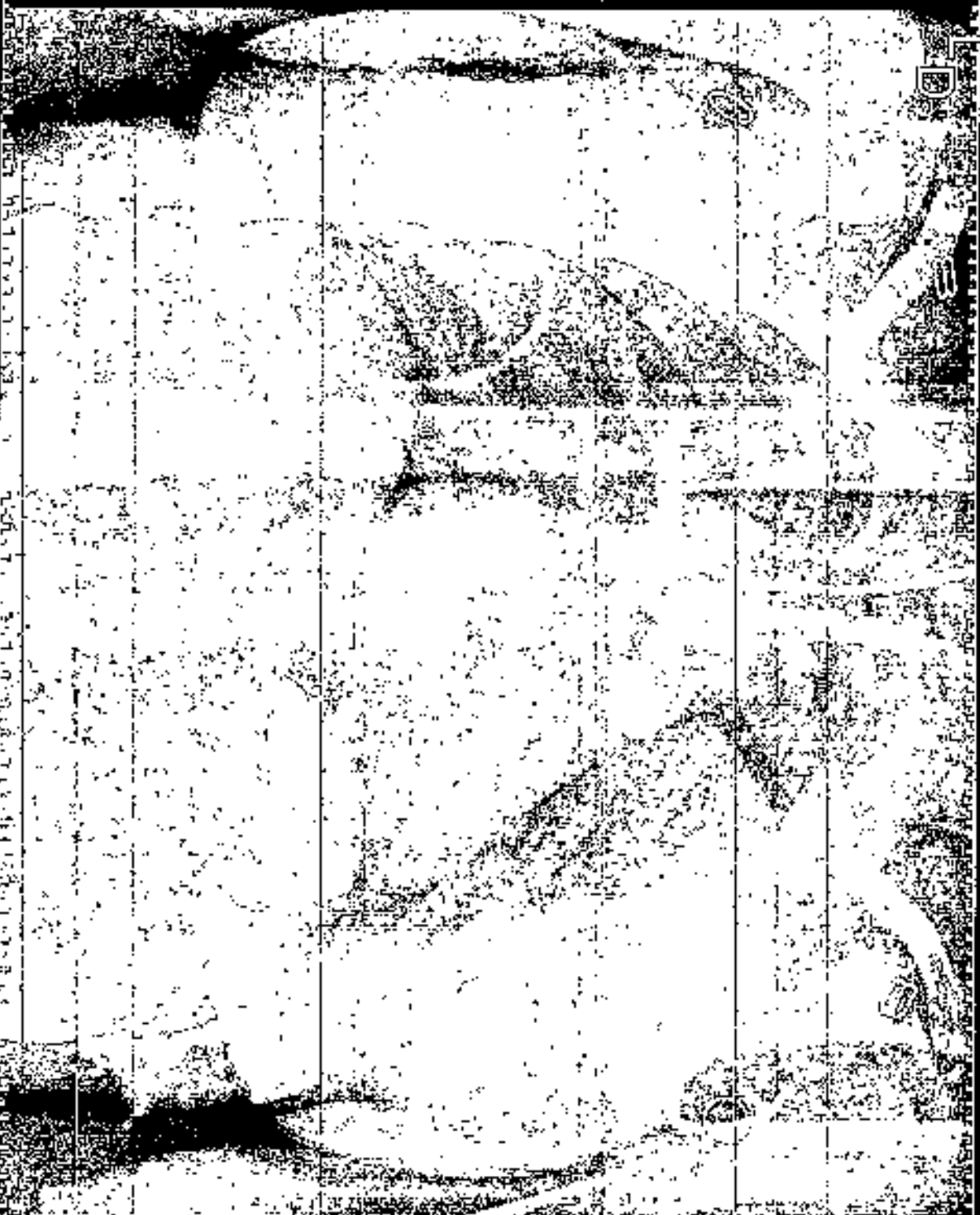
Dr. Antonio Gabriel de Jesus Barbosa
CRM - 32905739

Hospita Regional de Patos - RX

00000278877

44 W

EL 54153



Bac 3, AP

000000017851

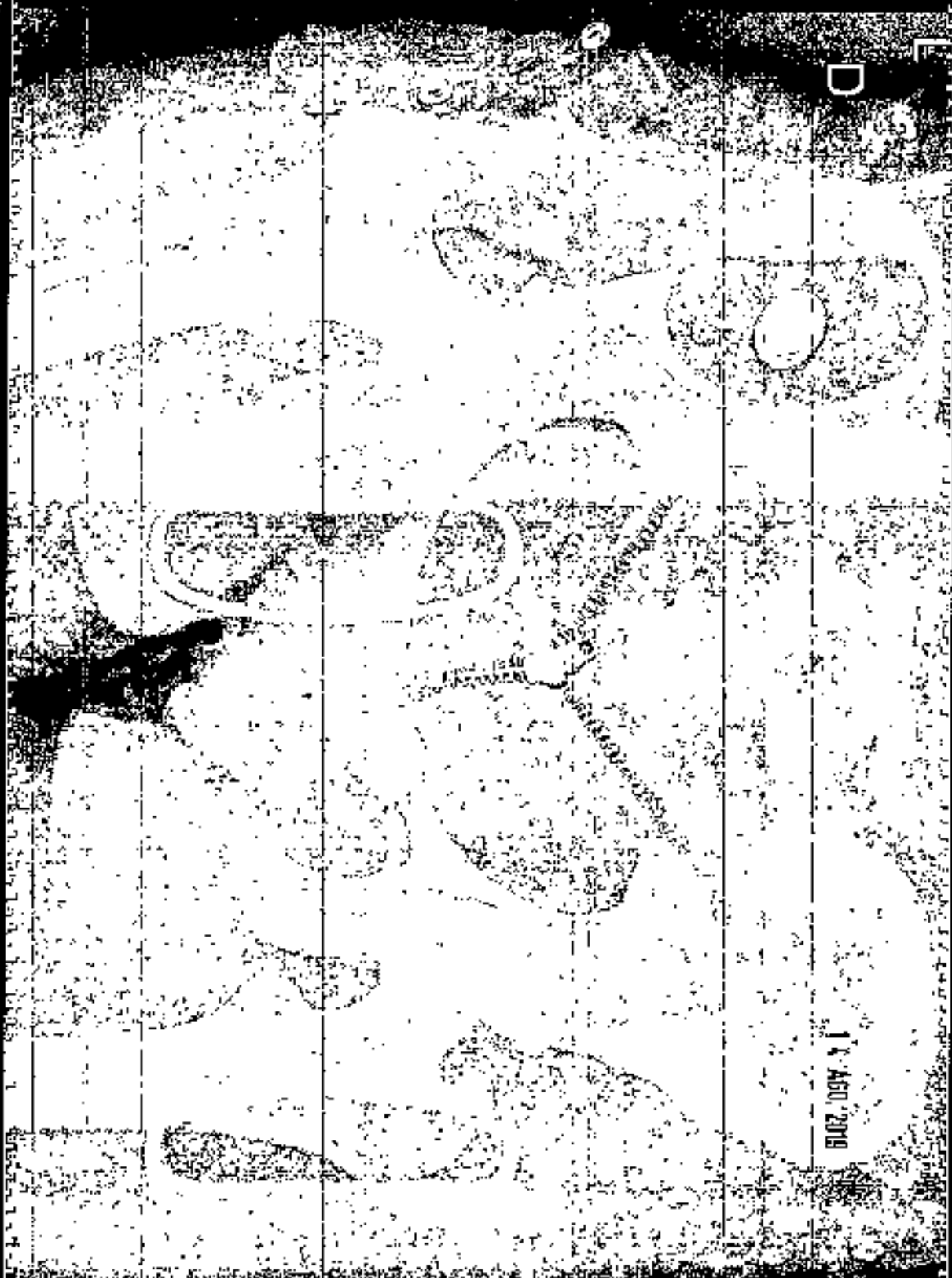
LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, 11 Jan 1990

2304120102005745

Hospital Regional de Patos-RN
000000224477

80%

14.5344



14 AGO 2019

Banco, Entenda

000000017934

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO, *14Jan/1990

2004/02/01 02:05:17



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES NETO

02R-14

POLEGAR DIREITO

Lúcio de Fátima da Cunha
RESIDUÁRIO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº 350-159 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/04/2008

NOME LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

RELACÃO << LUIS ALEXANDRE DO CARMO >>

<< MARIA DE USURDES FERREIRA DO CARMO >>

NATURA/CORDE NOVA-BA 13/02/1991

DOUTRINA << CN 12606 E 12610 DO CART-VARZEA >>

NOVA-BA 17.07.1992

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIA Nº 710 DE 2008

F-29-41.968 - 4323

14 AGO. 2019



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

098.926.874-85

Nome

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Nascimento

23/02/1991

14 AGO. 2019

NOME
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
7092913 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
081.886.574-17 06/02/1989

FILIAÇÃO
JOSE VALERIANO DE LIMA
MARIA LUZINETE BATISTA
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04295047969

VALIDADE
09/02/2023

1º HABILITAÇÃO
15/02/2008

OBSERVAÇÕES

Jose Otacilio Batista de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
05/03/2018

Assinatura
Assinatura do Emissor

41615542015
PB036270164

PARAÍBA

14 AGO. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190479300 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO MAIS TRAUMA EM COLUNA REGIÃO LOMBAR

Descrição do exame AO EXAME NEUROLÓGICO: NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES

físico: AO EXAME DA COLUNA LOMBAR: FAZ USO DE COLETÉ PARA ESTABILIZAÇÃO DA MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR, POIS, A MESMA APRESENTA DORES PROFUNDAS EM REGIÃO LOMBAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO LADO DIREITO E ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM COLUNA LOMBAR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: LEIDIANE FERRAZ DO CARMO, CPF 098.926.874-85, RG 8550159, Órgão emissor SAS-PE, Est. PE,
Civil Reufo, profissão Reufo, Endereço Rua Maj. Claudio Leite Amorim, bairro Centro, cidade de BRISTOL,
PE, CEP nº 56740-000

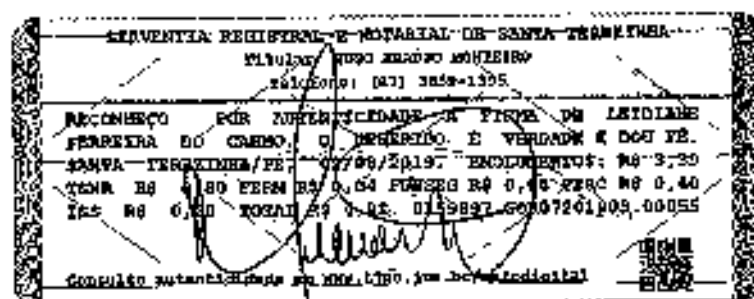
OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.866.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB, CEP 56707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fim e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

VÍTIMA: LEIDIANE PEREIRA DO CARMO
CPF: 098.926.874-85, data acidente 20 / 04 / 2019
cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Local e data: Santa Teresinha - PE 02/08/2019

Administração Ferroviária do Estado
AUTORGANTE



14 AUG 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278699/19

Vítima: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

CPF: 098.926.874-85

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 20/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO : 098.926.874-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: LEIDIANE FERREIRA DO CARMO
CPF: 098.926.874-85

LEIDIANE FERREIRA DO CARMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO